UV 200 2025 261
WIS/SCC/SSM

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. Oktober 2026

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Isliker
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A._____
vertreten durch Rechtsanwältin B._____

Beschwerdeführerin

gegen

Zürich Versicherungsgesellschaft AG
Hagenholzstrasse 60, 8050 Zürich

Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 18. März 2025

Sachverhalt:

A.

Die 1970 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) arbeitete als ... in der C._____ AG und war dadurch bei der Zürich Versicherungsgesellschaft AG (Zürich bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Unfällen versichert (Akten der Zürich [act. II] 1). Mit Schadenmeldung vom 22. Juli 2021 wurde der Zürich mitgeteilt, die Versicherte habe am XX. September 2020 im …. einen Kreislauf-Kollaps erlitten und sei rückwärts auf den Boden gestürzt (act. II 1). Die Unfallversicherung holte die medizinischen Unterlagen der Behandelnden ein und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung durch die Begutachtungsstelle D._____ (MEDAS; Gutachten vom 3. Juni 2024 [act. II 311], allgemeininternistisches Teilgutachten [act. II 312], neurologisches Teilgutachten [act. II 313], neuropsychologisches Teilgutachten [act. II 314], psychiatrisches Teilgutachten [act. II 315]). Die Versicherte reichte am 11. Juli 2024 (act. II 321) eine Stellungnahme ein. Am 19. August 2024 (act. II 342) verfügte die Zürich, sie sei für die unfallbedingten Heilbehandlungen und Taggelder vom XX. September 2020 bis 31. März 2024 leistungspflichtig; nach dem 31. März 2024 sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den von der Versicherten weiterhin geltend gemachten Beschwerden und Einschränkungen zu verneinen sowie es bestehe kein Anspruch auf eine UV-Rente und eine Integritätsentschädigung. Die hiergegen erhobene Einsprache vom 18. September 2024 (act. II 356) wies die Zürich mit Entscheid vom 18. März 2025 (act. II 381) ab.

B.

Mit Eingabe vom 29. April 2025 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und beantragte das Folgende:

1. In Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Versicherten ab 1. April 2024 ei-

ne UV-Rente anhand des Invaliditätsgrades (IV-Grad) von 76 % zu entrichten.

2. *Eventualiter*: Der IV-Grad sei gemäss der IV-Berechnung auf 65 % festzulegen und die entsprechende UV-Rentenleistung rückwirkend ab 1. April 2024 zuzusprechen.

3. In Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Versicherten eine Integritätsentschädigung von 35 % auszuzahlen.

- Unter Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin -

Mit Beschwerdeantwort vom 30. Juni 2025 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 18. März 2025 (act. II 381). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin für

das Ereignis vom XX. September 2020 nach dem 1. April 2024 weiterhin leistungspflichtig ist.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt (u.a.) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 148 V 356 E. 3 S. 358).

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163; SVR 2023 UV Nr. 39 S. 139, 8C_305/2022 E. 3.1).

2.2.2 Steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenüglich wäre, braucht die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht geprüft zu werden (BGE 148 V 301 E. 4.5.1 S. 309, 147 V 207 E. 6.1 S. 211, 135 V 465 E. 5.1 S. 472).

2.2.3 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 120, 8C_537/2009 E. 5.1).

2.3

2.3.1 Nach der Schleudertrauma-Praxis ist analog zu den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen (BGE 115 V 133) für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359; SVR 2019 UV Nr. 41 S. 155, 8C_632/2018 E. 8.1) – zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen anderseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Dabei können die erlittenen Verletzungen Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (SVR 2011 UV Nr. 10 S. 35, 8C_584/2010 E. 4.2.2). Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Un-

fallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126; SVR 2019 UV Nr. 11 S. 41, 8C_525/2017 E. 8.2.1). Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Anderseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9, 8C_147/2017 E. 5.1). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2019 UV Nr. 11 S. 41, 8C_525/2017 E. 8.4). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs (BGE 117 V 359 E. 6 S. 366, 117 V 369 E. 4c S. 384).

2.3.2 Der Katalog der – abschliessend aufgezählten (BGE 134 V 109 E. 10.2 S. 127) – adäquanzrelevanten Kriterien lautet (BGE 134 V 109 E. 10.3 S. 130; SVR 2017 UV Nr. 41 S. 141, 8C_833/2016 E. 6.1):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

2.3.3 Diese Rechtsprechung betrifft nicht nur "klassische" Schleudertraumen (d.h. Beschleunigungsmechanismen der Halswirbelsäule ohne Kopfanprall mit der Diagnose einer Distorsion der Halswirbelsäule bzw. des Nackens), sondern auch "äquivalente" Unfallmechanismen, wenn es zum Kopfanprall mit Abknickung der Halswirbelsäule kommt. Voraussetzung ist jedoch, dass Beeinträchtigungen bestehen, die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule (vgl. BGE 117 V 359 E. 4b S. 360) gehören (SVR 1997 UV Nr. 95 S. 346 E. 2a). Auch wenn und soweit sich die Folgen eines Schädel-Hirntraumas mit jenen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule vergleichen lassen, rechtfertigt es sich, die zu Verletzungen nach klassischem Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung sinngemäss anzuwenden (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382; SVR 2023 UV Nr. 42 S. 149, 8C_565/2022 E. 3.2.3, 2001 UV Nr. 1 S. 2 E. 3). Erreicht ein allfälliges Schädel-Hirntrauma höchstens den Schweregrad einer Commotio cerebri nicht im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri, so genügt dies grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis. Diesfalls erfolgt die Prüfung der adäquaten Kausalität anhand der Rechtsprechung zu unfallbedingten psychischen Störungen (SVR 2023 UV Nr. 42 S. 149, 8C_565/2022 E. 3.2.3, 2019 UV Nr. 41 S. 155, 8C_632/2018 E. 7.2.2).

2.4 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 149 V 224 E. 6.3.1 S. 235, 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 11, 8C_283/2009 E. 8.2; zum Ganzen SVR 2020 UV Nr. 40 S. 162, 8C_183/2020 E. 2.3).

3.

3.1 Unter den Parteien ist zu Recht unbestritten, dass das Ereignis vom XX. September 2020 (act. II 1) einen Unfall im Rechtssinne darstellt (E. 2.1 hiervor). Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht anerkannt und die gesetzlichen Leistungen (unfallbedingte Heilbehandlungen und Taggelder) vom XX. September 2020 bis 31. März 2024 (act. II 342, 381) erbracht. Umstritten ist hingegen, ob zwischen dem Ereignis vom XX. September 2020 und den weiterhin geklagten Beschwerden ein (adäquater) Kausalzusammenhang und ein Anspruch auf weitere Leistungen (u.a. Rente und Integritätsentschädigung) besteht.

3.2 Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Im Bericht vom XX. September 2020 (act. II 66) zu einem CT-Schädel nativ und mit Kontrastmittel, CT-Angiografie inklusive Hals, führten PD Dr. med. E._____, Fachärztin für Radiologie, und Dr. med. F._____, Facharzt für Radiologie, in der Beurteilung aus, es liege ein schmales, nicht raumforderndes akutes Epiduralhämatom occipital supratentoriell links parasagittal mit einer Lamelle von max. 4 mm vor. Es seien keine weiteren intrakraniellen Blutungsfoci abzugrenzen. Es bestehe eine nicht dislozierte Fraktur Os occipitale links. Es bestünden keine Hinweise für eine Beteiligung des Os temporale, die Mastoidzellen seien beidseits frei belüftet.

3.2.2 Im Bericht der Klinik G._____ des Spitals H._____ vom 30. September 2020 (act. II 24) diagnostizierten Dr. med. I._____, Facharzt für Kardiologie und für Allgemeine Innere Medizin, und dipl. Ärztin J._____, nach stationärem Aufenthalt vom XX. bis 30. September 2020 das Folgende:

1. Synkope bei komplettem AV Block am XX.09.2020
2. Status nach Sturz und nachfolgendem Epiduralhämatom links occipital bei rhythmogener Synkope am XX.09.2020

Zum Unfallablauf hielten sie fest, die Beschwerdeführerin habe nach dem zu Bett gehen plötzlich Übelkeit verspürt und habe sich einmal übergeben müssen. Beim erneuten Gang zur Toilette sei sie dann unbeobachtet syn-

kopiert; sie könne sich weder an das Ereignis noch an Prodromi (unspezifische Vorzeichen) erinnern. Als Ursache für die Synkope habe sich ein AV-Block III° gezeigt, so dass die Einlage eines 2-Kammer-Pacemakers erfolgt sei. Das Epiduralhämatom sei stabil geblieben. Im Verlauf seien jedoch die rezidivierende Emesis, Schwindel und occipitale Kopfschmerzen aufgetreten. In Rücksprache mit der Neurochirurgie seien die Beschwerden im Rahmen des Schädel-Hirntraumas zu interpretieren; das Therapieprocedere sei konservativ (Physiotherapie für Halswirbelsäule empfohlen). Die Mobilisation aufgrund des Schwindels sei erschwert gewesen. Die Beschwerdeführerin sei am 30. September 2020 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden.

3.2.3 Im Austrittsbericht des Spitals K._____ vom 7. Oktober 2020 (act. II 67) diagnostizierten Dr. med. L._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, und dipl. Ärztin M._____ nach einem stationären Aufenthalt vom 2. bis 5. Oktober 2020 das Folgende:

1. Kopfschmerzexazerbation i.R. Diagnose 2
2. Sturz und nachfolgendem Epiduralhämatom links occipital bei rhythmogener Synkope am XX.09.2020
3. Rhythmogene Synkope am XX.09.2020
4. Ovarektomie 2018 bds. bei Tumorverdacht

Es sei eine Exazerbation von Kopfschmerzen mit Übelkeit und Erbrechen sowie Gangunsicherheit bei Schwindel aufgrund eines bekannten Epiduralhämatoms links nach Sturz vom XX. September 2020 erfolgt. Unter Analgesie sei es zu einer deutlichen Besserung der Schmerzsymptomatik gekommen; neurologisch habe sich die Beschwerdeführerin jederzeit unauffällig gezeigt.

3.2.4 Im Bericht des Spitals H._____ vom 19. November 2020 (act. II 80) zu einem CT-Schädel nativ wurde ausgeführt, es liege zwischenzeitlich eine vollständige Resorption der kleinen epiduralen Blutlamelle links okzipital vor, bei angrenzender bekannter teilkonsolidierter Fraktur des OS occipitale; es seien keine neu abgrenzbare intra-/extraaxiale Blutung und kein demarkierter Infarkt ersichtlich.

3.2.5 Im Bericht der Klinik N._____ des Spitals H._____ vom 26. Februar 2021 (act. II 79) wurde ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin

zeige sich klinisch und bildgebend ein unauffälliger Verlauf nach Kalottenfraktur mit assoziiertem schmalem Epiduralhämatom okzipital links. Eine Antikoagulation oder Thrombozytenhemmung sei aus neurochirurgischer Sicht daher möglich.

3.2.6 Im neuropsychologischen Bericht der Klinik N._____ des Spitals H._____ vom 2. August 2021 (act. II 34) diagnostizierten Prof. Dr. med. O._____, Facharzt für Neurologie, und P._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, das Folgende:

> Minimale Einschränkungen in Teilbereichen der mnestischen attentionalen Funktionen und deutlich erhöhte Ermüdbarkeit mit/bei
>
> - St. n. Sturz und konsekutiver Kalottenfraktur mit assoziiertem schmalen Epiduralhämatom links okzipital bei rhythmogener Synkope am XX.09.2020
> - St. n. COVID-19-Infektion 12/2020
> - Subjektiven Angaben einer psychischen Belastungssituation

Die objektiven Defizite würden sich mit den subjektiv beschriebenen Einschränkungen decken. Sie könnten u.a. durch die erlittene COVID-19-Infektion und/oder der psychischen Belastungssituation konfundiert sein. Aufgrund der subjektiven Angaben einer schweren Fatigue und einer im Gespräch angegebenen psychischen Belastungssituation müsse unter Mitberücksichtigung der hohen Aufmerksamkeitsanforderung und Verantwortung als ... zum jetzigen Zeitpunkt von beruflich relevanten Leistungseinschränkungen ausgegangen werden.

3.2.7 Im Bericht des Herzzentrums des Spitals H._____ vom 21. Dezember 2021 (act. II 24) führten PD Dr. med. Q._____, Facharzt für Kardiologie und für Allgemeine Innere Medizin, sowie Dr. med. R._____, Facharzt für Kardiologie, aus, für die Beschwerden sei keine kardiale Ursache ersichtlich. Es falle auf, dass nach dem Trauma keine stationäre Neurorehabilitation stattgefunden habe.

3.2.8 Im Bericht des Spitals H._____ vom 13. März 2024 (act. II 300) zu einem MR-NRAD-Schädel nativ führten Dr. med. S._____, Fachärztin für Radiologie, und Dr. med. T._____, aus, es liege kein Nachweis von stattgehabten Shearing-Injuries oder sonstigen posttraumatischen Veränderungen intrakraniell vor. Es bestünden unspezifische Marklagerläsio-

nen frontal betont, DD z.B. im Rahmen einer Migräne, DD mikroangiopathisch (von geringer Ausprägung), DD postentzündlich.

3.2.9 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des MEDAS-Gutachtens vom 3. Juni 2024 (act. II 311) diagnostizierten die Dres. med. U._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, V._____, Facharzt für Neurologie, und W._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. sc. hum. X._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, das Folgende:

1. Leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung mit/bei
   - Mittelschweren Einbussen bei der Aufmerksamkeit
   - Mittelschweren Einbussen bei der Impulskontrolle
2. Organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma (postcommotionelles Syndrom) ICD-10: F07.2
3. Status nach rhythmogener Synkope am XX.09.2020 mit schmalem, nicht raumfordernden akuten epiduralen Fraktur-assoziiertes Hämatom okzipital links parasagittal bei nicht dislozierter Fraktur OS occipitale links
4. Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung ICD-10: F90.0

Die Gutachter führten aus, die vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma) seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folgen des Unfalls. Es sei wahrscheinlich von weiteren medizinischen Behandlungen eine namhafte Besserung zu erwarten, erst der Verlauf unter Therapie werde es zeigen. Erfolgversprechend sei in neurologischer Hinsicht eine multimodale Therapie (act. II 311/4 Ziff. 5.1, 6, 6.1). In psychiatrischer Hinsicht sollte eine leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung des organischen Psychosyndroms nach Schädel-Hirntrauma (ICD-10: F07.2) mit kognitivem Training sowie Neurofeedback ergänzend zur jetzigen Therapie angewendet werden. Ferner sei der Versuch einer leitliniengerechten ADHS-Behandlung mit regelmässigen Medikamentenspiegelkontrollen unabdingbar. Wegen der übermässigen Erschöpfbarkeit, der leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung und des funktionellen Schwindels mit Gangunsicherheit könne die Beschwerdeführerin derzeit nicht in der angestammten Tätigkeit als ... im lebhaften Umfeld einer …. arbeiten (act. II 311/5 Ziff. 6.1 und 7.1). Aufgrund der leichten bis mittelschweren kognitiven Einbussen bestehe eine 50%ige Beeinträchtigung in jeder anspruchsvollen Tätigkeit auf dem primären Arbeitsmarkt. Die aktuelle Tätigkeit als ...

entspreche einer anspruchsvollen Tätigkeit. In Berufen/Tätigkeiten ohne hohe Anforderungen bestehe eine 30%ige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (act. II 311/6 Ziff. 8.2). Aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht bestehe gemäss SUVA-Tabelle 8 ein Integritätsschaden von 35 % (act. II 311/7 Ziff. 9.2).

3.3

3.3.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 151 V 244 E. 3.5 S. 248, 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246, 8C_260/2020 E. 2.2).

3.4 Das MEDAS-Gutachten vom 3. Juni 2024 (act. II 311) samt Teilgutachten (act. II 312-315) erfüllt die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung und überzeugt. Die Beschwerdeführerin wurde umfassend fachärztlich und zusätzlich neuropsychologisch untersucht und die hieraus gewonnenen Befunde und Erkenntnisse flossen nachvollziehbar in die gutachterliche Konsensbeurteilung ein (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128). Die Befragungen der Beschwerdeführerin hinsichtlich der geklagten Beschwerden sowie die Anamnesen wurden einlässlich und nachvollziehbar

erhoben (act. II 312/3 ff., 313/5 ff., 314/4 ff., 315/2 ff.). Es bestehen keine massgebenden Widersprüche innerhalb der jeweiligen bzw. zwischen den Teilgutachten.

In allgemeininternistischer Hinsicht ging Dr. med. U._____ nachvollziehbar davon aus, dass die Beschwerdeführerin kardiopulmonal kompensiert ist und keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt (act. II 312/16 f. Ziff. 6.3.1 und 7.1 f.).

In neurologischer Hinsicht ging Dr. med. V._____ davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der Synkope ein leichtes Schädel-Hirntrauma erlitt (act. II 313/12 Ziff. 6.1) und dass die im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung erfassten kognitiven Beeinträchtigungen mit dem diagnostizierten psychoorganischen Syndrom vereinbar sind (act. II 313/13 Ziff. 6.1). Er hielt zudem fest, dass kein fokal neurologisches Defizit vorlag und die klinische Vestibularisprüfung unauffällig war sowie sich bildgebend keine strukturelle Läsion fand (act. II 313/14 Ziff. 6.1). Er hielt ferner eine multimodale Therapie mit Schwindeltraining, Ergo- und Physiotherapie und psychologischer Betreuung für angezeigt (act. II 313/17 Ziff. 8.3). Diese Beurteilung ist nachvollziehbar und überzeugt.

In psychiatrischer Hinsicht ging Dr. med. W._____ von einem organischen Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma (postcommotionelles Syndrom; ICD-10: F07.2) und einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung aus. Soweit er eine leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung des organischen Psychosyndroms nach Schädel-Hirntrauma empfiehlt (act. II 315/23 Ziff. 8.3), ist lediglich festzustellen, dass die Beschwerdeführerin bereits seit dem 1. Februar 2021 eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchführt (act. II 315/21 Ziff. 7.1).

In neuropsychologischer Hinsicht ging die Neuropsychologin Dr. sc. hum. X._____ aufgrund der teilweise auffälligen Ergebnisse der Tests nachvollziehbar davon aus, dass eine mittelschwere Störung der Aufmerksamkeit und der Impulskontrolle vorliegt (act. II 314/12 Ziff. 6.1 und 6.3.1). Zur Verbesserung könne ein Versuch mit Stimulantien durchgeführt werden (act. II 314/14 Ziff. 8.3).

Interdisziplinär gingen die Gutachter davon aus, dass das aktuelle Zustandsbild aus psychiatrischer Sicht einem organischen Psychosyndrom (OPS) nach Schädel-Hirntrauma (ICD-10: F07.2) entspricht (vgl. act. II 311/10 Ziff. 4.1, act. II 313/13 Ziff. 6.1) und Folge des Ereignisses vom XX. September 2020 ist (act. II 311/4 Ziff. 5.1). Die von den Gutachtern in ihrem jeweiligen Fachgebiet gestellten Diagnosen (act. II 311/10 Ziff. 4.3) sowie die interdisziplinäre Beurteilung sind einleuchtend begründet (act. II 311/7 ff. Ziff. 4.1). Als medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter eine multimodale Therapie mit Schwindeltraining, Ergo- und Physiotherapie, eine psychologische Betreuung z.B. im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie sowie eine leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung des OPS nach Schädel-Hirntrauma (ICD-10: F07.2) mit kognitivem Training und Neurofeedback als Ergänzung zur jetzigen Therapie für angezeigt (act. II 311/12 Ziff. 4.8; vgl. auch act. II 313/17 Ziff. 8.3, 315/24 Ziff. 6.1). Diese Ausführungen zu den medizinischen Massnahmen und Therapien mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit überzeugen. Gleichfalls nachvollziehbar sind die Einschätzungen der Gutachter, dass sich die gesundheitlichen Einschränkungen insoweit auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten, als dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als ... zurzeit nicht mehr und die aktuelle Arbeit als ... lediglich zu 50 % sowie eine angepasste Tätigkeit ohne hohe Anforderungen zu 70 % zumutbar ist (act. II 311/11 Ziff. 4.6 f.).

3.5 Nach dem Dargelegten steht fest und ist zwischen den Parteien unbestritten, dass bei der Beschwerdeführerin – bei Status nach rhythmogener Synkope am XX. September 2020 mit schmalem, nicht raumfordernden akuten epiduralen Franktur-assoziertes Hämatom okzipital links parasagittal bei nicht dislozierter Fraktur Os occipitale links – nunmehr als Unfallfolge ein OPS nach Schädel-Hirntrauma vorliegt (act. II 311/4 Ziff. 5.1), welches sich in neuropsychologischer Hinsicht mit einer leichten bis mittelgradigen Störung mit mittelschweren Einbussen der Aufmerksamkeit und der Impulskontrolle äussert (vgl. act. II 311/10 Ziff. 4.3).

Gestützt auf die interdisziplinäre Beurteilung im MEDAS-Gutachten vom 3. Juni 2024 (act. II 311) ist zudem erstellt, dass die gesundheitlichen Be-

einträchtigungen des OPS nach Schädel-Hirntrauma (vgl. act. II 311/4 Ziff. 5.1, 313/13 Ziff. 6.1) als Folgen des Unfalls vom XX. September 2020 noch erfolgversprechend behandelt werden können. So ist gemäss den Gutachtern von einer Behandlung in neurologischer Hinsicht mittels multimodaler Therapie (mit Schwindeltraining, Ergo- und Physiotherapie und auch psychologischer Betreuung, z.B. im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie; vgl. auch act. II 313/16 Ziff. 7.1, 313/17 Ziff. 8.3, 313/19 Ziff. 6.1) sowie in psychiatrischer Hinsicht mit einer leitliniengerechten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit kognitivem Training und Neurofeedback als Ergänzung zur jetzigen Therapie (act. II 315/24 Ziff. 6.1) eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Diese Therapien würden nicht nur eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes oder eine Verbesserung der Befindlichkeit bewirken, was zur Annahme einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG nicht genügen würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_183/2020 vom 22. April 2020 E. 4.3.2). Vielmehr gehen die Gutachter davon aus, dass die Durchführung der obgenannten medizinischen Massnahmen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat (act. II 311/12 Ziff. 4.8) und es zu früh wäre, "um von einem Endzustand zu sprechen" (vgl. act. II 313/14 Ziff. 6.1). Die Gutachter bejahten die entsprechenden Fragen klar und unmissverständlich und legten überzeugend dar, welche Behandlungen erfolgversprechend sind (act. II 311/4 ff. Ziff. 6). Daran ändert auch der Umstand nichts, dass die Gutachter die Fragen betreffend die Arbeitsfähigkeit in der angestammten und einer angepassten Tätigkeit dennoch beantworteten.

3.6 Damit steht fest, dass der medizinische Endzustand im Zeitpunkt der Leistungseinstellung Ende März 2024 (noch) nicht erreicht war bzw. der Fallabschluss verfrüht erfolgte. Infolgedessen ist in Gutheissung der Beschwerde der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. März 2025 (act. II 381) aufzuheben und die Beschwerdeführerin hat ab 1. April 2024 weiterhin Anspruch auf UV-Leistungen.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBl 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Diese sind mit Blick auf die angemessene Kostennote von Rechtsanwältin B._____ vom 7. Juli 2025 auf Fr. 3'613.45 (Honorar von Fr. 3'290.-- [11.75 Stunden à Fr. 280.--] zuzüglich Auslagen von Fr. 52.70 und MWST von Fr. 270.75 [8,1 % auf Fr. 3'342.70]) festzusetzen und von der unterliegenden Beschwerdegegnerin zu tragen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Zürich Versicherungsgesellschaft AG vom 18. März 2025 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin ab 1. April 2024 weiterhin UV-Leistungen auszurichten.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'613.45 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):
   - Rechtsanwältin B._____ z.H. der Beschwerdeführerin
   - Zürich Versicherungsgesellschaft AG
   - Bundesamt für Gesundheit

Die Kammerpräsidentin: Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung
Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.